

東近江地域結核患者療養支援事業実施要綱〔薬局編〕

1 目的

薬局と保健所が連携して、服薬・療養の支援を行い、治療脱落の防止を図ることにより、適正な治療を完了し、再発や耐性菌の出現を予防することを目的とする。

2 支援の対象者

保健所に登録されている結核患者のうち次の者を対象とする。

喀痰塗沫陽性の通院治療患者

再治療患者、服薬中断リスクの高い患者等、保健所が服薬支援を必要と認める通院治療患者

3 支援の決定

保健所は対象者に薬局による療養（服薬）支援事業の趣旨を説明し、患者または家族の同意が得られた場合、「服薬支援(DOTS)申込書(DOTS様式1)」により申込みを受け付ける。

申込みを受け付けた保健所は、該当薬局に協力を依頼し「服薬支援(DOTS)実施同意書(DOTS様式2)」により同意を得る。

保健所は該当薬局の同意が得られた場合、「服薬支援(DOTS)のお知らせ(DOTS様式3)」により患者に支援決定を通知する。

保健所は該当医療機関に対して、処方箋に「一包化の指示」を記載するよう依頼する。

4 支援の方法

支援は次の方法による。

・薬局は患者が持参した服薬済みの空袋を確認し、服薬手帳に記載する。

支援の回数(頻度)は次のいずれかによるが、当面はCランクのみを対象とする。

・毎日の服薬確認 Aランク

・週に1回程度の服薬確認 Bランク

・月に1回程度の服薬確認 Cランク

5 支援の期間

通院で抗結核薬を服薬開始してから服薬終了までとする。

6 連携方法

初回の連携方法

保健所から薬局に「服薬継続のためのアセスメント票(DOTS様式4)」、「服薬支援(DOTS)計画書(DOTS様式5)」により依頼する。 郵送

定期的な連携方法

薬局は、患者来局時の情報を「結核患者服薬確認連絡票(DOTS様式6)」により保健所へ情報提供する。 FAX

保健所は「結核患者服薬確認連絡票(DOTS様式6)」が届かない場合は、服薬中断の可能性があるため、速やかに薬局または患者に状況確認を行う。

変更時・終了時の連携方法

保健所は該当薬局に対して、服薬期間の変更、服薬終了の報告を、薬剤師会支部に対して本事業の実施状況を定期的に報告する。

7 その他

本要綱は、平成23年1月13日から施行する。

服薬支援(DOTS)申込書

薬局における服薬支援を申し込みます。

服薬支援を目的として、薬局と保健所間で個人情報を共有することに同意します。

平成 年 月 日

続柄

氏名 _____ 代理人 _____ (_____)

住所 _____

電話番号 _____

【治療の状況】

医療機関	〒 _____ TEL _____
主治医	
診断名	
支援薬局	〒 _____ TEL _____
服薬期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
処方薬	INH(イソニアジド) 錠、 RFP(リファンピシン) 錠 EB(エタンブトール) 錠、 PZA(ピラマイド) 錠 その他(_____)

〒527-0023
滋賀県東近江市八日市緑町8-22
東近江保健所 健康衛生課
担当保健師
電話 : 0748-22-1309
FAX : 0748-22-1617

服薬支援(DOTS)実施同意書

平成 年 月 日

下記患者の服薬支援(DOTS)を実施することについて同意します。

薬局名称

薬局代表者

(担当者

)

薬局所在地

記

患者氏名				
患者住所				
医療機関				
服薬期間	平成 年 月 日	~	平成 年 月 日	
処方薬	INH(イソニアジド)	錠	RFP(リファンピシン)	錠
	EB(エタンブトール)	錠	PZA(ピラマイド)	錠
	()	錠	()	錠

服薬支援(DOTS)のお知らせ

新規 変更
平成 年 月 日作成

患者氏名 : _____ 様

登録番号 : _____

滋賀県東近江保健所

服薬支援(DOTS)方法等につきまして、下記のように実施しますのでお知らせします。

支援期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日
支援方法	薬局におけるDOTS支援 <u>Tel</u> (機関名: _____ 担当者 _____) (週・月 回 曜日、他 _____)
	服薬の確認方法 直接確認 残薬 空袋 服薬手帳 他(_____) 服薬に関する相談 服薬手帳の記入 その他(_____)
支援内容	保健所におけるDOTS支援 <u>Tel</u> (機関名: _____ 担当者 _____) (週・月 回 曜日、他 _____)
	服薬の確認方法 直接確認 残薬 空袋 服薬手帳 他(_____) 服薬に関する相談 服薬手帳の記入 その他(_____)

DOTS(ドッツ)とは・・・

あなたが、治療期間中に結核の薬を飲まなかったり、飲み忘れてりするのを防ぎ、確実な治癒に結びつための包括的な服薬支援のことです。

〒527-0023

滋賀県東近江市八日市緑町8-22

東近江近江保健所 健康衛生課

担当保健師

電話 : 0748-22-1309

FAX : 0748-22-1617

服薬継続のためのアセスメント票

氏名 ()歳	治療開始日 平成 年 月 日	治療終了予定日 年 月 日		
検討項目	検討年月日 / /	/ /	/ /	/ /
	検討基準	記入者	記入者	記入者
1. 結核の理解・知識				
疾病の理解(知識)	あり 0・1 なし			
入院中の服薬は良好	あり 0・1 なし			
治療を受けることの同意	あり 0・2 なし			
服薬継続に対する不安	なし 0・2 あり			
2. 結核の病状など				
菌陰性化	あり 0・1 なし			
副作用の有無	なし 0・1 あり			
薬剤感受性検査 耐性	なし 0・1 あり			
治療中断歴のある人(理由)	なし 0・5 あり			
再発・再治療患者	なし 0・5 あり			
合併症の有無	なし 0・1 あり			
入院拒否・自己退院	なし 0・5 あり			
3. 生活背景				
独居	なし 0・2 あり			
家族などの支援者の有無	あり 0・2 なし			
生活・家庭問題などの問題	なし 0・5 あり			
身体的な障害	なし 0・1 あり			
精神・記憶・認知の障害	なし 0・1 あり			
アルコール・薬物の依存	なし 0・5 あり			
コミュニケーション障害の有無	なし 0・1 あり			
住所不定等の問題	なし 0・10 あり			
経済的な問題	なし 0・2 あり			
通院困難	なし 0・1 あり			
合計点数(判断基準による判定)		点()ランク	点()ランク	点()ランク

(判断基準) A:原則毎日(10点以上) B:1週に1回程度(9~6点) C:月に1回程度(5点以下)

[その他特筆すべき事項]			
[アセスメント]			
[総合判定] A:治療中断のリスクが高い患者 B:服薬支援が必要 C:A・B以外の患者			
[服薬支援計画] 支援者			
対象者	本人・()	本人・()	本人・()
回数	回/週・月(曜日)	回/週・月(曜日)	回/週・月(曜日)
場所			
方法 a:訪問 b:外来・通所 c:電話 :直接確認 :残薬確認 :空袋確認 :服薬手帳確認 :聴取			

* 総合判定は、判断基準にさらに検討を加えて、判定し、服薬支援計画をたてること

担当保健師

服薬支援(DOTS)計画書

新規 変更
平成 年 月 日作成

患者氏名 : _____ 様

東近江保健所 担当:

登録番号 : _____

電話番号 : _____ 携帯電話 : _____

1. 治療について

医療機関名	
医療機関住所 ・電話番号	〒 TEL :
主治医	
診断名	登録時菌検査 塗沫()
治療の経過	初回治療 再治療
処方薬	INH 錠 RFP 錠 EB 錠 PZA 包 その他()
その他の留意点 (既往歴等)	
37条の2承認期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日

2. DOTS内容 (DOTSタイプ : A ・ B ・ C)

服薬支援機関	支援場所	方法	日時	担当および連絡先
薬局	来所・訪問			
医療機関	来所・訪問			
保健所	来所・訪問			
	来所・訪問			
	来所・訪問			

DOTSタイプ : Aランク : 毎日の服薬確認が必要と認めた者

Bランク : 週に1回程度の服薬確認が必要と認めた者

Cランク : 月に1回程度の服薬確認が必要と認めた者

方法 : ア その場の服薬、イ 残薬、ウ 空袋、エ 手帳、オ その他

東近江保健所 健康衛生課 結核担当者 あて
(FAX 0748 - 22 - 1617)

薬局名 _____

担当者名 _____

FAX _____

結核患者服薬確認連絡票

登録番号 : _____

来局日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

内服薬の確認について

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 日分)

INH ・ RFP ・ EB ・ PZA

その他 (_____)

服薬確認方法

直接確認 ・ 残薬 ・ 空袋 ・ 服薬手帳 ・ その他 (_____)

服薬状況について

きちんと飲んでいる ・ 時々飲めていない ・ 飲めていない

副作用

無 ・ 有 (食欲不振 ・ 嘔気 ・ 皮疹 ・ 関節痛 ・ 視力障害)

服薬指導 (_____)

禁煙 (_____ ・ × _____)

禁酒 (_____ ・ × _____)

次回受診予定日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()